



GINECOMASTIA UNILATERAL POR ANTAGONISTA DOS CANAIS DE CÁLCIO UNILATERAL GYNecomastia CAUSED BY A CALCIUM-CHANNEL BLOCKER

Exma. Sra. Directora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar;

A patologia da mama no sexo masculino é uma entidade rara na prática clínica diária, podendo eventualmente requerer uma abordagem exaustiva e invasiva para o seu diagnóstico. O aumento de volume mamário pode ser benigno ou maligno.

As causas de benignidade são múltiplas; porém, a ginecomastia é a entidade nosológica mais frequente. Esta consiste na hiperplasia difusa do estroma e dos ductos, sendo um achado semiológico frequente pois afeta cerca de 1/3 a 2/3 dos homens com idade superior a 40 anos.¹ As etiologias mais frequentes são de origem endócrina, farmacológica e idiopática.^{1,2}

A propósito de patologia mamária benigna no homem, os autores gostariam de apresentar o caso de um homem de 64 anos, raça caucasiana, bancário, natural e residente na Madeira. Tinha antecedentes patológicos de hipertensão arterial essencial, dislipidemia e rinite alérgica e encontrava-se medicado com candesartan/hidroclorotiazida 16/12,5 mg *id*, nifedipina 30 mg em libertação prolongada *id*, levocetirizina 5 mg *id* e atorvastatina 20 mg *id*. Foi seguido em consulta de Medicina Interna por aparecimento progressivo, ao longo de 3 meses, de nódulo mamário à esquerda, doloroso e com 4 cm de diâmetro.

Ao exame objetivo, tratava-se de um nódulo mole, de consistência elástica, não aderente aos planos profundos e doloroso à palpação. Não havia sinais inflamatórios observáveis no tegumento imediatamente superior nem alterações analíticas assinaláveis.

A ultrassonografia mamária evidenciou um nódulo de 4 cm de diâmetro, de contornos regulares, sem calcificações e não aderente aos planos profundos. A mamografia confirmou-o, revelando ginecomastia unilateral assimétrica do tipo nodular. Após revisão de possíveis causas para o problema, optou-se por suspender a terapêutica com nifedipina. Estima-se que 10-25% de casos

de ginecomastia tenham origem farmacológica,³ sendo que esta é um efeito adverso raro, porém reconhecido, da terapêutica com nifedipina (descrita em <1% de casos).⁴

O fármaco foi suspenso, o que resultou na regressão completa do quadro clínico em dois meses.

Os autores relembram a ginecomastia, além de mero problema estético, como entidade a investigar e cujo diagnóstico diferencial se impõe, particularmente pela necessidade de exclusão de malignidade. Com a generalização de terapêutica anti-hipertensiva (nomeadamente inibidores da enzima de conversão, antagonistas dos recetores da aldosterona e antagonistas dos canais de cálcio), relembram igualmente a possibilidade de se tratar de efeito adverso farmacológico, solucionável pela modificação de terapêutica.

Filipe Perna,* Mónica Caldeira,* António Caldeira Ferreira**

*Internos da formação específica de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal

**Chefe de Serviço de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a Dra. Rubina Miranda e Dra. Luz Brazão pelos seus contributos na revisão da presente carta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braunstein GD. Gynecomastia. N Engl J Med 2007 Sep 20; 357 (12): 1229-37.
2. Dickson G. Gynecomastia. Am Fam Physician 2012 Apr 1; 85 (7): 716-22.
3. Deepinder F, Braunstein GD. Drug-induced gynecomastia: an evidence-based review. Expert Opin Drug Saf 2012 Sep; 11 (5): 779-95.
4. Nifedipine: Drug Information – Lexicomp. Disponível em: <http://www.uptodate.com> [acedido a 06/12/2012].

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Filipe André de Gouveia Perna
Serviço de Medicina Interna, Hospital dos Marmeleiros
Estrada dos Marmeleiros, Monte – Funchal
9054-535 FUNCHAL
Email: filipe_perna@portugalmail.pt